



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# TECNOLOGIAS DE SAÚDE DIGITAIS APLICADAS À SAÚDE MENTAL, LITERACIA EM SAÚDE MENTAL E USO DE MEIOS DE COMUNICAÇÃO ELETRÓNICOS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO COM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Ana Filipa Costa Carvalho Martins*

Porto, novembro de 2020



CATÓLICA

FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
E PSICOLOGIA

---

PORTO

# TECNOLOGIAS DE SAÚDE DIGITAIS APLICADAS À SAÚDE MENTAL, LITERACIA EM SAÚDE MENTAL E USO DE MEIOS DE COMUNICAÇÃO ELETRÓNICOS: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO COM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

*Ana Filipa Costa Carvalho Martins*

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof.<sup>a</sup> Doutora Luísa Campos  
Prof. Doutor Pedro Dias

Porto, novembro de 2020

## **Agradecimentos**

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Luísa Campos e ao Prof. Doutor Pedro Dias pelos conhecimentos transmitidos de forma ímpar ao longo de todo o meu percurso académico e referência ao nível do rigor, ética e excelência. Agradeço, também, pelo apoio constante, reflexões conjuntas, paciência, incentivo, dedicação e disponibilidade demonstrada ao longo deste desafiante ano. Muito obrigada por contribuírem para a minha aprendizagem, desenvolvimento académico e pessoal.

Aos professores da FEP-UCP pelos conhecimentos transmitidos ao longo do meu percurso académico.

Ao meu pai e à minha mãe, o meu muito obrigada pelo suporte e carinho ao longo de todo o meu percurso. Sem eles, nada disto seria possível.

Às minhas avós cuja fé e entusiasmo, neste ano difícil, tão decisivas foram ao longo desta etapa.

Ao Eduardo pelo companheirismo incansável durante todo este percurso, encorajando-me a acreditar nas minhas capacidades.

À Inês, colega e companheira de percurso, por me ter acompanhado num ano incrível em que aprendemos em conjunto.

À Alice, Pita, Pedro, André, Henrique, Gonçalo, Maria e Bárbara, por serem os melhores amigos e companheiros que eu podia ter, cada um à sua maneira, enriqueceu o meu percurso de coragem. Obrigada por todo o ânimo, incentivo e paciência naqueles momentos cruciais desta árdua jornada. Adoro-vos.

## Índice

Lista de tabelas .....	V
Lista de abreviaturas .....	VII
Resumo .....	VIII
Abstract .....	IX
I. Enquadramento teórico.....	1
II. Método .....	5
1. Objetivos específicos .....	5
2. Amostra .....	5
3. Instrumentos .....	6
3.1 Questionário sociodemográfico e de caracterização do uso das TSD aplicadas à saúde mental.....	6
3.2 Questionário de literacia em saúde mental – Versão jovem adulto (LSMq) (Dias, Campos, Almeida & Palha, 2018) .....	7
3.3 <i>Media Activity Form</i> (MAF) – <i>Youth Self-Report</i> (Achenbach, 2018).....	8
4. Procedimentos .....	10
4.1 Recolha de dados .....	10
4.2 Tratamento de dados .....	10
III. Resultados .....	12
IV. Discussão dos resultados .....	28
V. Conclusões .....	33
Referências bibliográficas.....	35
ANEXOS .....	47

## **Lista de tabelas**

**Tabela 1.** Caracterização sociodemográfica dos participantes

**Tabela 2.** Diferenças ao nível do tempo de utilização e do impacto negativo percebido dos MCE em função do sexo

**Tabela 3.** Diferenças ao nível do tempo de utilização e do impacto negativo percebido dos MCE em função do tipo de curso frequentado

**Tabela 4.** Dispositivos tecnológicos utilizados pelos participantes para aceder às TSD aplicadas à saúde mental

**Tabela 5.** Caracterização da frequência da utilização de TSD aplicadas à saúde mental

**Tabela 6.** Caracterização da utilização de TSD

**Tabela 7.** Frequência do grau de credibilidade atribuído ao conteúdo das TSD aplicadas à saúde mental

**Tabela 8.** Frequência das principais razões atribuídas à credibilidade do conteúdo das TSD aplicadas à saúde mental

**Tabela 9.** Grau de credibilidade atribuído em média ao conteúdo das TSD aplicadas à saúde mental

**Tabela 10.** Frequência dos motivos atribuídos à utilização das TSD aplicadas à saúde mental

**Tabela 11.** Diferenças nos níveis de LSM em função do sexo

**Tabela 12.** Diferenças nos níveis de LSM em função do curso

**Tabela 13.** Diferenças nos níveis de LSM em função do motivo “conhecimentos sobre problemas de saúde mental”

**Tabela 14.** Diferenças nos níveis de LSM em função do motivo “competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda”

**Tabela 15.** Diferenças nos níveis de LSM em função do motivo “estratégias de autoajuda”

**Tabela 16.** Diferenças ao nível do tempo de utilização e do impacto negativo percebido dos MCE em função do conteúdo elaborado por um profissional da área e Informação cientificamente comprovada/baseada em estudos científicos

**Tabela 17.** Diferenças da utilização e do impacto negativo dos MCE em função do motivo “conhecimentos sobre problemas de saúde mental”

**Tabela 18.** Diferenças da utilização e do impacto negativo dos MCE em função do motivo “competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda”

**Tabela 19** Teste de *Mann-Whitney* (U)- Diferenças da utilização e do impacto negativo dos MCE em função do motivo “estratégias de autoajuda”

## **Lista de abreviaturas**

**LSMq** - Questionário de Literacia em Saúde Mental

**MAF** - *Media Activity Form*

**MCE** - Meios de Comunicação Eletrónicos

**TSD** - Tecnologias de Saúde Digitais

## Resumo

O presente estudo tem como principal objetivo explorar a relação entre o uso das tecnologias de saúde digitais aplicadas à saúde mental, a literacia em saúde mental e o uso dos meios de comunicação eletrónicos por parte de jovens estudantes universitários. A amostra englobou 139 participantes e foi utilizado um protocolo composto por um questionário sociodemográfico e de caracterização do uso das Tecnologias de Saúde Digitais (TSD) aplicadas à saúde mental, pelo *Media Activity Form* e pelo Questionário de literacia em saúde mental (LSM) - versão jovem adulto.

Os principais resultados deste estudo sugerem que os motivos para o uso das TSD aplicadas à saúde mental parecem estar associados aos diferentes níveis de LSM e que os participantes que estão mais disponíveis para procurar informação de “*competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda*” revelam menos estereótipos associados aos problemas de saúde mental. Os participantes que usam as TSD aplicadas à saúde mental para “*estratégias de autoajuda*” tendem a percecionar um menor impacto negativo dos MCE.

Estes resultados realçam o papel das TSD aplicadas à saúde mental no desenvolvimento de intervenções de promoção de LSM, sendo necessários estudos que possam aprofundar esta temática.

*Palavras-chave:* tecnologias de saúde digitais aplicadas à saúde mental; meios de comunicação eletrónicos; literacia em saúde mental; jovens estudantes universitários



## Abstract

This study aim to explore the relationship between the use of digital health technologies applied to mental health, mental health literacy and the use of electronic media by university students. The sample included 139 participants and a protocol consisting of a sociodemographic questionnaire and characterization of the use of Digital Health Technologies (DHT) applied to mental health, the Media Activity Form and a questionnaire on mental health literacy (MHL) - young adult version.

The main results obtained from this study suggest that the reasons for the use of DHT applied to mental health seem to be associated with the different levels of MHL and that the participants who are more willing to search for information on “*help-seeking and first aid skills*” disclose fewer stereotypes associated with mental health issues. The participants who use DHT applied to mental health for “*self-help strategies*” tend to perceive a lesser negative impact from electronic media.

There results highlight the role of DHT applied to mental health in the development of interventions that promote MHL, which requires studies that can enlighten this theme.

*Keywords:* digital health technologies applied to mental health; electronic media; mental health literacy; young university students

## I. Enquadramento teórico

Atualmente, vivemos numa sociedade que despende cada vez mais tempo a utilizar os meios de comunicação eletrónicos (MCE), estando estes cada vez mais presentes nas rotinas diárias das pessoas (Pontes & Patrão, 2014; Punukollu & Marques, 2019).

O acesso por parte dos cidadãos aos novos MCE tem vindo a proporcionar à sociedade o contacto com elevadas quantidades de informação e conhecimento (Pontes & Patrão, 2014). A tecnologia é cada vez mais usada para serviços relacionados com a saúde por parte da população em geral, existindo uma tendência crescente de procura deste tipo de conteúdos na internet, pelo facto de, atualmente, existir imensa quantidade de informação médica e de saúde de rápido e fácil acesso (Thomas & Bond, 2014). Este uso de tecnologias digitais de saúde designa-se por Tecnologias de Saúde Digitais (TSD).

O conceito de TSD abrange todos os dispositivos e meios digitais disponíveis para as pessoas monitorizarem, procurarem informações, conselhos e apoio sobre saúde/doenças, exercício físico, hábitos alimentares e bem-estar psicológico (Thomas & Bond, 2014). As TSD incluem blogs online, websites, aplicações, redes sociais (como o *facebook*, *instagram*, *youtube* ou *twitter*) e dispositivos portáteis ou *wearable* (Dessart & Duclou, 2019; Donker et al., 2013; Lenhart et al., 2010; Lowe et al., 2015). As TSD são, também, um meio de comunicação e de partilha deste tipo de informação quer pela população em geral, quer pelos profissionais de saúde, podendo ser consideradas como ferramentas pedagógicas, uma vez que auxiliam as pessoas a agir para melhorar o seu bem-estar físico e psicológico (Dessart & Duclou, 2019; Fullagar et al., 2017; Goodyear, et al., 2018; Lupton, 2018; Radovic et al., 2018; Vaterlaus et al., 2015).

Os jovens estudantes universitários procuram, frequentemente, informações relacionadas com a saúde e hábitos de vida saudável (Bratu, 2018; Eysenbach, 2008; Lattie et al., 2019; McKinley & Wright, 2014; Oh et al., 2013; Vaterlaus et al., 2015). No que concerne ao tipo de utilizadores das TSD ligadas à saúde, a literatura refere que os jovens universitários são considerados os principais utilizadores das novas tecnologias, sendo parte integrante das suas rotinas diárias e os que parecem ter uma maior abertura para experimentar novas ferramentas (Freeman et al., 2018; Lattie et al., 2019; Livingstone, 2008).

Entre os vários tipos TSD, os jovens utilizam aplicações para telemóvel (e.g., exercício físico, dieta alimentar, bem-estar psicológico, monitorização) (Goodyear et al., 2018; Lupton, 2018; Vaterlaus et al., 2015). Utilizam as redes sociais para procurar informações relacionadas com a saúde, inspirar-se em dietas e receitas saudáveis, visualizar perfis de pessoas que

evidenciaram grandes transformações ao nível do peso, procuram conselhos sobre exercício físico ou textos inspiradores, percebidos pelos jovens como motivadores para se exercitarem (Goodyear et al., 2018; Vaterlaus et al., 2015). No que diz respeito à utilização dos dispositivos portáteis, por norma, os jovens conectam-nos com aplicações para monitorizar, rastrear e registar comportamentos relacionados com a saúde, como exercícios, dieta, sono e ingestão de água (Goodyear et al., 2019; Lomborg & Frandsen 2016).

Em 2018, foi desenvolvido um estudo em França por Montagni et al. (2018), no qual foram entrevistados 777 estudantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos, com o objetivo de identificar o uso e as opiniões sobre as TSD. Dos resultados obtidos verificou-se que 35% utilizavam, pelo menos, uma aplicação de saúde, principalmente para a atividade física e para a monitorização da saúde em geral; e quase a totalidade dos participantes havia pesquisado na internet informações relacionadas com a saúde, nos últimos 12 meses.

Num outro estudo desenvolvido nos EUA, no qual foram entrevistados jovens entre os 13 e os 18 anos relativamente ao uso de TSD (Radovic, et al., 2018), verificou-se existirem três principais tipos de uso: (1) recolha de informações (sites médicos e redes sociais, como *Facebook* e *Pinterest*, aplicações de exercícios e *YouTube* para informações de treino); (2) partilha de experiências e observação de outros para obtenção de apoio social ou inspiração; e (3) envolvimento em autorastreio (aplicações) (Radovic et al., 2018). No mesmo estudo, os tópicos comumente pesquisados relacionaram-se com a nutrição e com o exercício. Alguns também procuraram informações sobre condições médicas e de saúde mental e sobre eventuais consequências para a saúde relativamente ao uso de marijuana. As redes sociais e as aplicações online foram consideradas pelos jovens como fáceis de utilizar, sempre disponíveis, sem julgamento e com opções para partilhar informações e experiências anonimamente (Radovic et al., 2018). Vários outros estudos reforçaram, igualmente, que os jovens valorizam bastante as TSD pela eficiência, capacidade de aceder de forma rápida e adaptada às suas necessidades (Goodyear et al., 2019; Lattie et al., 2019; Punukollu & Marques, 2019).

Em Portugal, até ao momento, os estudos realizados contribuem para o conhecimento da utilização que os jovens portugueses fazem dos meios de comunicação eletrónicos (Ponte & Batista, 2019; Simões et al., 2014). Quanto à utilização das TSD, quer com a população em geral, quer especificamente com estudantes universitários, a literatura é escassa (Ponte & Batista, 2019; Simões et al., 2014).

Vários são os estudos a referirem que os jovens recorrem, maioritariamente, às TSD aplicadas à saúde mental para procurar apoio psicológico, informações sobre saúde mental, partilhar sentimentos e experiências sobre o seu bem-estar e saúde mental (Berry, et al., 2017;

Bucci et al., 2019; Lal et al., 2018; Lupton, 2018; Punukollu & Marques, 2019; Thomas & Bond, 2014). Entre as temáticas pesquisadas pelos jovens nesta área, destacam-se a saúde sexual e os problemas de saúde mental (como depressão, *stress*, ansiedade e informações gerais sobre problemas de saúde mental que os próprios jovens, familiares ou amigos sofreram), uma vez que ambas se revelam suscetíveis de poder causar constrangimento, quando debatidas com os pais ou colegas (Freeman et al., 2018; Goodyear et al., 2019; Lattie et al., 2019).

De facto, nas últimas décadas existiu um aumento dos sintomas de depressão, ansiedade, e perturbações alimentares e outras doenças mentais na população de estudantes universitários (Patel et al., 2007). A nível global, cerca de 31% dos estudantes universitários preenchem critérios de uma perturbação mental durante o ano de 2018 (Auerbach et al., 2018). A literatura refere ainda que mais de 50% das perturbações mentais tem início na adolescência, verificando-se um elevado grau de continuidade até à idade adulta (Kelly et al., 2007; Lattie et al., 2019; OECD, 2014; WHO, 2005). Os jovens apresentam, também, baixos níveis de literacia em saúde mental, que compreende diversas componentes, desde a capacidade de reconhecer perturbações específicas, crenças, fatores de risco e causas de uma perturbação mental; o conhecimento sobre ajuda profissional disponível, atitudes que facilitem o reconhecimento e a procura de ajuda apropriada; bem como a noção de como procurar informação sobre saúde mental (Jorm, 2000; Kelly et al., 2007). Sabe-se, então, que uma das principais barreiras da procura de ajuda quer para si, quer para os que lhe são próximos centra-se na baixa literacia em saúde mental e no estigma associado a este tipo de problemas de constituindo-se, por isso, os anos de faculdade, um período importante no que diz respeito à saúde mental e aos comportamentos de saúde (Jorm, 2000; Jorm et al., 2006; Kelly et al., 2007; Pinfold et al., 2003).

Nos últimos anos, diversas aplicações de saúde mental foram desenvolvidas com o objetivo de melhorar a saúde mental e o bem-estar (e.g., orientar na recuperação de perturbações mentais, monitorizar sintomas, psicoeducação, incentivar a adoção de hábitos saudáveis que melhorem a saúde emocional) (Bakker et al., 2016).

As aplicações desenvolvidas centraram-se quer na saúde mental em geral (e.g. *What's Up; Mood Kit*), quer em problemas de saúde mental específicos, tais como: adições (e.g. *Twenty-Four Hours a Day, Quit That!*), ansiedade (e.g. *Mind Shift, Self-Help for Anxiety Management (SAM), CBT Thought Record Diary*), perturbação bipolar (e.g. *Bipolar Disorder Connect, IMoodJournal, Stigma*), depressão (e.g. *Code, Talkspace Online Therapy, Happify, MoodTools*), perturbações do comportamento alimentar (e.g. *Recovery Record, Rise Up and Recover, Lifesum*), perturbações obsessivas compulsivas (e.g. *nOCD, Worry Watch, Live OCD Free*), perturbação do stress pós traumático (e.g. *PTSD Coach, Breath2Relax*),

esquizofrenia (e.g. *UCSF PRIME*), *stress* (e.g. *Breathe2Relax*, *Headspace*, *Calm*, *Zen*), prevenção de suicídio (e.g. *MY3*) (Shelton, 2018).

Apesar de existir um número crescente de TSD aplicadas à saúde mental, a base de evidências para sua eficácia não é clara, sendo necessários estudos metodologicamente robustos que avaliem sua segurança e a sua eficácia (Grist et al., 2017; Punukollu & Marques, 2019).

As TSD representam uma nova oportunidade para intervir nos comportamentos relacionados com saúde, exercício físico, dieta alimentar, bem-estar psicológico, tendo em conta que a maioria dos jovens possui smartphones (com acesso à internet) e utiliza-os durante todo o dia (Bakker et al., 2016; Freeman et al., 2018). A monitorização e o feedback proporcionados pelas TSD podem melhorar a adoção e a manutenção de comportamentos de saúde (Bakker et al., 2016; Thomas & Bond, 2014).

Do mesmo modo, as TSD aplicadas à saúde mental constituem um caminho promissor para a promoção da saúde mental e o bem-estar (fundamentais para a capacidade individual e coletiva de se pensar, emocionar, interagir uns com os outros), podendo permitir uma melhor informação e prevenir o desenvolvimento de estereótipos, reduzindo o estigma (Jorm, 2012; Skre et al., 2013) o que, por sua vez, aumenta a qualidade de vida, reduzindo o risco de desenvolvimento de problemas de saúde mental, capacitando os jovens a lidarem com as adversidades (Grist et al., 2017; Kelly et al., 2007; Mathieson & Koller, 2008; Power, 2010).

Esta procura por parte dos jovens pode ter, mesmo, uma influência importante na sua saúde e nos seus comportamentos, uma vez que a fase desenvolvimental em que se encontram é um período importante para o desenvolvimento de comportamentos de saúde (McKinley & Wright, 2014; Radovic et al., 2018).

Do exposto, e tendo em conta a escassez de trabalhos em Portugal, torna-se pertinente explorar a relação entre o uso das tecnologias de saúde digitais aplicadas à saúde mental, a literacia em saúde mental e o uso dos meios de comunicação eletrónicos por parte dos jovens.

## II. Método

### 1. Objetivos específicos

Com vista a atingir o objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar o uso e o impacto percebido dos meios de comunicação eletrónicos num grupo de jovens estudantes universitários, em função do sexo e do tipo de curso frequentado.
2. Caracterizar o uso das tecnologias de saúde digitais aplicadas à saúde mental.
3. Caracterizar os níveis de literacia em saúde mental, em função do sexo e do tipo de curso frequentado.
4. Estudar a relação entre o uso das tecnologias de saúde digitais aplicadas à saúde mental, a literacia em saúde mental e o uso dos meios de comunicação eletrónicos por parte dos jovens.

### 2. Amostra

Participaram neste estudo 139 estudantes universitários sendo que, na sua maioria (n=84; 60.4%) eram do sexo feminino e tinham idades compreendidas entre os 18 e os 29 anos (M=23.24; DP=1.03). Os estudantes residiam maioritariamente na zona Norte (n=84; 60.4%) e frequentavam cursos não ligados à saúde (n=81; 60.4%).

**Tabela 1**

*Caracterização sociodemográfica dos participantes*

Variáveis sociodemográficas	n	%
Género		
Feminino	84	60.4
Masculino	54	38.8
Prefiro não responder	1	0.7
Zona do país		
Norte	84	60.4
Centro	41	29.5
Lisboa e Vale do Tejo	8	5.8
Alentejo	2	1.4
Algarve	2	1.4

**Tabela 1***Caracterização sociodemográfica dos participantes*

Variáveis sociodemográficas	n	%
Fora de Portugal	2	1.4
Curso frequentado		
Curso ligado à saúde	53	39.6
Curso não ligado à saúde	81	60.4

### 3. Instrumentos

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário sociodemográfico e de caracterização das tecnologias de saúde digitais aplicadas à saúde mental; Questionário de literacia em saúde mental – versão jovem adulto (Dias et al., 2018) e *Media Activity Form – Youth Self-Report* (Achenbach, 2018).

#### 3.1 Questionário sociodemográfico e de caracterização do uso das TSD aplicadas à saúde mental

Foi construído um questionário sociodemográfico e de caracterização do uso das TSD aplicadas à saúde mental constituído por duas partes. A primeira parte teve como objetivo a caracterização sociodemográfica dos participantes, sendo recolhidos os seguintes dados: sexo, idade, curso superior frequentado e residência; a segunda parte teve como objetivo caracterizar o uso de TSD aplicadas à saúde mental, ao nível da frequência de utilização, tipologia de temáticas exploradas, grau de credibilidade atribuída aos diferentes tipos de TSD e motivos da sua utilização. Assim, o questionário foi constituído por sete questões (e.g. frequência de utilização, tipologia de temáticas exploradas):

1. Os jovens foram questionados se tinham ou não utilizado alguma TSD aplicada à saúde mental (e.g. “Sim”, “Não”) (apenas os participantes que afirmaram utilizar as TSD aplicadas à saúde mental responderam ao questionário);

2. Foi pedido que identificassem qual o tipo de dispositivo tecnológico utilizado para aceder às TSD aplicadas à saúde mental (e.g., telemóvel, *smartwatch*, computador, *tablet*, *smartwatch*)

3. Foi pedido que indicassem a frequência com que utilizam as TSD aplicadas à saúde mental (e.g. “diariamente”, “semanalmente”, “mensalmente”, “esporadicamente ao longo do ano” e “nunca”) e que especificassem qual.

4. Foi solicitado que indicassem o grau de credibilidade atribuído às TSD aplicadas à saúde mental (em que “1” corresponde a nada credível, “5” muito credível, até “*não sei/não tenho opinião*”).

5. Foi solicitado que especificassem o que consideram ser importante para que a informação a que acedem nas TSD aplicadas à saúde mental seja considerada credível.

6. Foi pedido que indicassem quais os motivos de acesso às TSD aplicadas à saúde mental, onde eram apresentadas afirmações como “*Melhorar o meu bem-estar psicológico (ex. gerir as minhas emoções, sono, melhorar autoestima).*”; “*Adotar comportamentos protetores para a saúde mental (ex. relações sociais, nutrição, atividade física).*”; “*Monitorizar (medir regularmente) comportamentos relacionados com emoções, autoestima.*”; “*Monitorizar (medir regularmente) comportamentos protetores para a saúde mental (ex. nutrição, sono, atividade física).*”; “*Partilhar informação sobre saúde/bem-estar psicológico ou problemas de saúde mental.*”; “*Procurar apoio social para um problema de saúde mental que me foi diagnosticado.*”; “*Procurar apoio social para um problema de saúde mental para familiares ou amigos.*”; “*Procurar ajuda profissional (ex. psicólogos, psiquiatras, ou outros profissionais de saúde).*”; “*Procurar informação que me permita identificar problemas de saúde mental.*”; “*Procurar informações gerais sobre problemas de saúde mental.*”; “*Procurar informações relativas a um problema que me foi diagnosticado.*”; “*Procurar informações relativas a um problema que foi diagnosticado a familiares ou amigos.*”; “*Procurar informações sobre intervenções/tratamentos médicos para problemas de saúde mental.*”; “*Procurar informações sobre intervenções/tratamentos psicológicos.*”; “*Procurar informações sobre medicamentos para problemas de saúde mental.*” e “*Outro(s)*”.

Por último, dos motivos que selecionaram na questão anterior, foi solicitado aos participantes qual o principal motivo que os levou a aceder às TSD aplicadas à saúde mental.

### **3.2 Questionário de literacia em saúde mental – Versão jovem adulto (LSMq) (Dias, Campos, Almeida & Palha, 2018)**

Este questionário de autorrelato tem por objetivo avaliar a literacia em saúde mental do grupo de participantes envolvido no presente estudo. O questionário é constituído por duas partes. A primeira parte consiste na recolha de informações sociodemográficas (e.g., a data de nascimento, género, estado civil, nacionalidade, concelho de residência). A segunda parte, é composta por 29 itens cotados numa escala de *Likert* de 1 a 5 pontos (1 = discordo muito, 2 = discordo, 3 = não concordo, nem discordo, 4 = concordo e 5 = concordo muito). Este questionário está organizado em quatro dimensões: 1) conhecimentos sobre problemas de saúde



mental (e.g., “*Uma pessoa com depressão sente-se muito feliz.*”; “*O consumo de álcool pode causar perturbações mentais.*”); 2) crenças erradas/estereótipos (e.g., “*Uma perturbação mental não afeta o comportamento.*”; “*Só os adultos têm perturbações mentais.*”); 3) competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda (e.g., “*Se eu tivesse com uma perturbação mental procuraria ajuda de pessoas da minha família.*”; “*Se eu tivesse com uma perturbação mental procuraria ajuda de um psicólogo.*”); e 4) estratégias de autoajuda (e.g., “*A prática de exercício físico contribui para uma boa saúde mental.*”; “*Dormir bem contribui para uma boa saúde mental*”) (Dias et al., 2018).

Resultados mais elevados no fator 1, 3, 4 e no score total correspondem a níveis mais elevados, sendo que no fator 2, valores mais elevados correspondem a níveis mais baixos de crenças erradas/estereótipos.

No que respeita as características psicométricas do instrumento, a validade de construto avaliada pela análise fatorial exploratória, revelou uma estrutura fatorial adequada, numa perspetiva multidimensional do construto de literacia em saúde mental. A consistência interna avaliada com o *Alpha* de Cronbach, apresentou para o *score* total um  $\alpha = .84$ ; para o Fator 1 - conhecimentos sobre problemas de saúde mental um  $\alpha = .74$ ; para o Fator 2 - crenças erradas /estereótipos um  $\alpha = .72$ ; para o Fator 3 - competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda um  $\alpha = .71$ ; e no Fator 4 - estratégias de autoajuda, que inclui apenas 4 itens, um  $\alpha = .60$  (Dias et al., 2018).

### **3.3 *Media Activity Form (MAF) – Youth Self-Report (Achenbach, 2018)***

O *MAF – Youth Self-Report* é um instrumento de autorrelato que permite caracterizar a utilização dos MCE, por parte dos jovens, no que diz respeito ao tempo e perceções acerca do impacto do uso.

O instrumento encontra-se dividido em três partes: a primeira apresenta questões relativas ao sujeito (sexo, idade, ano de escolaridade e curso/área); a segunda parte pretende perceber a atividade dos jovens nos meios de comunicação eletrónicos, num dia típico, num sábado típico e num domingo típico, contabilizado por horas e minutos despendidos em diferentes atividades, havendo ainda espaço para comentários. Na terceira parte, é pedido aos jovens que se posicionem em relação a 13 frases, através de uma escala de *Likert* de três pontos (0 = se não for verdade; 1 = se for às vezes verdade ou 2 = se for frequentemente verdade ou totalmente verdade), sendo que as normas de cotação ainda se encontram em processo de definição.

Algumas questões do *MAF* foram adaptadas, tendo em conta o período pandémico em que vivemos e a população-alvo (o *MAF*, originalmente, foi desenvolvido para ser utilizado com jovens entre os 11 e os 18 anos, no entanto, neste estudo foram inquiridos jovens com idades superiores). Na primeira parte do questionário, o item “8. *Utilizar o computador ou meios de comunicação eletrónicos para a escola ou para outros trabalhos.*” foi substituído por “*Utilizar o computador ou meios de comunicação eletrónicos para o curso ou para outros trabalhos.*” Foi, também, acrescentado um item “*Aceder a aulas online (ex. zoom, skype, collaborate)*”.

Na segunda parte foram, igualmente, adaptados os seguintes itens: “19. *O meu trabalho escolar beneficia do uso dos meios de comunicação eletrónicos*” foi substituído por “*O meu trabalho académico beneficia do uso dos meios de comunicação eletrónicos.*”; o item “24. *O meu trabalho escolar correria melhor, se eu passasse menos tempo nos meios de comunicação eletrónicos.*” foi substituído por “*O meu trabalho académico correria melhor, se eu passasse menos tempo nos meios de comunicação eletrónicos não relacionados com a aprendizagem*”; o item “23. *Eu faria mais coisas com outras pessoas da minha idade, se passasse menos tempo nos meios de comunicação eletrónicos.*” foi substituído por “*A minha atividade cultural beneficia do uso dos meios de comunicação eletrónicos*”; o item “26. *Se eu passasse menos tempo nos meios de comunicação eletrónicos, passaria mais tempo em organizações, equipas ou grupos*” foi substituído por “*A minha atividade desportiva beneficia do uso dos meios de comunicação eletrónicos*”.

O estudo psicométrico preliminar do instrumento consistiu na realização de uma análise fatorial exploratória apenas para a segunda parte do instrumento, uma vez que não foram cumpridos os critérios do teste de Kaiser-Meyer-Olkin (Field, 2009) na primeira parte. No que diz respeito à segunda parte do instrumento, a análise permitiu a identificação de dois fatores: “Perceção de Impacto Positivo” (Itens 14 e 19) e “Perceção de Impacto Negativo” (Itens 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25 e 26) face à utilização de MCE por parte dos jovens. Considerando os valores de alfa para a “Perceção de Impacto Positivo” ( $\alpha = .60$ , que explica 11.5% da variância) e para a “Perceção de Impacto negativo” ( $\alpha = .81$ , que explica 30.05% da variância) foi apenas considerado o segundo fator, cujos valores de alfa se encontram acima de .70 (Field, 2009).

## 4. Procedimentos

### 4.1 Recolha de dados

O protocolo de recolha de dados foi hospedado *online* na plataforma *Qualtrics* e divulgado através das redes sociais. Antes do preenchimento, foi solicitado aos participantes o consentimento informado, sendo descrito o estudo e o seu objetivo, bem como assegurado o anonimato, a confidencialidade dos dados e o direito de desistência a qualquer momento. Foram disponibilizados os endereços de *e-mail* dos investigadores responsáveis pelo estudo e da encarregada pela proteção de dados da UCP, para esclarecimentos adicionais ou dúvidas relacionadas com o mesmo.

Para iniciar o preenchimento do questionário, o participante teria de selecionar uma opção, declarando ter lido e compreendido a informação mencionada previamente, bem como aceitar participar voluntariamente no estudo, consentindo participar no estudo.

Os dados do presente estudo foram recolhidos entre maio e junho de 2020.

### 4.2 Tratamento de dados

Ao nível da análise dos dados recolhidos, e de acordo com os objetivos propostos, recorreu-se às estatísticas descritiva e inferencial (Martins, 2011) utilizando o programa IBM SPSS® v.26.0 (Statistical Package for the Social Sciences, Armonk, NY, USA).

Para a primeira etapa, foram realizados os seguintes procedimentos:

1. Recorrendo-se à estatística descritiva, os dados sociodemográficos foram analisados, nomeadamente, o sexo, a idade, o curso frequentado e o local de residência. Relativamente ao curso frequentado, este foi recodificado em “curso ligado à saúde” ou “curso não ligado à saúde”, de acordo com a categorização feita pela Direção-Geral do Ensino Superior (DGES).

2. As respostas respeitantes à especificação das aplicações, blogs online, dispositivos portáteis, *Facebook*, *Instagram*, *YouTube*, Websites e outro(s) utilizados pelos jovens foram recodificadas nas categorias generalistas (engloba duas ou mais das categorias - *fitness*/atividade física; *mindfulness* e meditação; sono ou saúde mental); *fitness*/atividade física; *mindfulness* e meditação; sono e saúde mental, com base na categorização da *App Store*.

3. Recodificou-se a resposta aberta sobre a credibilidade em “*conteúdo elaborado por um profissional da área*” (exemplo de resposta para esta categoria: “*Conteúdo elaborado por um profissional*”; “*Ser redigido por um profissional de saúde ou ter bases em argumentos de profissionais*”), “*informação cientificamente comprovada/baseada em estudos científicos*” (exemplo de resposta para esta categoria: “*Estudos que sustentem as afirmações*”; “*Validade e*

*pertinência prática e científica*”) e “*feedback* de utilizadores” (exemplo de resposta para esta categoria: “*Os resultados que outras pessoas já obtiveram anteriormente acedendo a essa informação*”).

4. Os motivos de utilização das TSD aplicadas à saúde mental foram recodificados em categorias, com base no conceito de LSM: conhecimentos sobre problemas de saúde mental; competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda e estratégias de autoajuda (Cf. Anexo 1).

Considerando o objetivo específico de “*Caracterizar o uso e o impacto percebido dos meios de comunicação eletrónicos*”, a etapa seguinte compreendeu os procedimentos abaixo descritos:

1. Com o objetivo de compreender qual é, em média, o tempo de utilização dos meios de comunicação eletrónicos, foi criada uma variável relativa ao total de horas de um fim de semana de utilização dos MCE, tendo em conta a média do sábado típico e do domingo típico. O impacto negativo percebido da utilização dos MCE foi calculado através da média dos itens dessa dimensão. A caracterização destas duas variáveis – tempo de utilização médio dos MCE e impacto negativo da utilização dos MCE – foi realizada com recurso à estatística descritiva (média e desvio padrão).

2. Para compreender se existiam diferenças ao nível da utilização dos MCE e do impacto negativo percebido dessa utilização, em função do sexo e em função do tipo de curso frequentado, foram utilizados *Testes T* para amostras independentes.

Considerando o objetivo específico de “*Caracterizar o uso das tecnologias de saúde digitais aplicadas à saúde mental*”, recorreu-se à estatística descritiva, pelo que foi realizada uma análise de frequências.

Considerando o objetivo específico “*Caracterizar os níveis de literacia em saúde mental de um grupo de estudantes universitários, em função do sexo e do tipo de curso frequentado*”, foram realizados *Teste T* para amostras independentes, de forma a compreender se existiam diferenças nos níveis de LSM.

Considerando o objetivo específico “*Estudar a relação entre o uso das tecnologias de saúde digitais aplicadas à saúde mental, a literacia em saúde mental e o uso dos meios de comunicação eletrónicos por parte dos jovens.*”, foram realizados o *Teste T* para amostras independentes e o *Teste de Mann-Whitney*.

### III. Resultados

#### 1. Caracterização do uso e do impacto percebido dos meios de comunicação eletrónicos, em função do sexo e do tipo de curso frequentado

O anexo 1 apresenta os valores médios do impacto negativo percebido e do tempo de utilização, à semana e ao fim-de-semana, dos MCE. No que diz respeito ao impacto negativo médio da utilização dos MCE, este foi de 0.83 ( $DP=0.45$ ), variando entre 0 e 2.

O tempo médio de utilização dos MCE durante a semana foi de 3:44h ( $DP=2:59h$ ), variando entre 1:00h e 17:55h, sendo que o tempo médio de utilização dos MCE durante o fim-de-semana foi de 3:03h ( $DP=1:49h$ ), variando entre 1:02h e 8:40h (Cf. Anexo 2).

Não foram encontradas diferenças significativas em função do sexo, quer para o impacto negativo percebido dos MCE, quer para o tempo de utilização dos MCE, à semana e ao fim-de-semana (ver tabela 2).

**Tabela 2**

*Diferenças ao nível do tempo de utilização e do impacto negativo percebido dos MCE em função do sexo*

	Masculino (n) Média (DP)	Feminino (n) Média (DP)	
Impacto Negativo dos MCE	(29) .90 ( $DP=.46$ )	(40) .79 ( $DP=.45$ )	$t(68) = 1.08$
Tempo de utilização à semana dos MCE	(29) 3.34 ( $DP=3.30$ )	(40) 3.52 ( $DP=2.38$ )	$t(67) = -.41$
Tempo de utilização ao fim de semana dos MCE	(23) 2.43 ( $DP=1.56$ )	(32) 3.18 ( $DP=1.44$ )	$t(53) = -1.17$

\* $p<.05$ ; \*\* $p<.01$

Não foram encontradas diferenças significativas em função do curso (ligado ou não ligado à saúde) quer para o impacto negativo percebido dos MCE, quer para o tempo de utilização dos MCE, à semana e ao fim-de-semana (ver tabela 3).

**Tabela 3**

*Diferenças ao nível do tempo de utilização e do impacto negativo percebido dos MCE em função do tipo de curso frequentado*

	Curso ligado à saúde (n) Média (DP)	Curso não ligado à saúde (n) Média (DP)	
Impacto Negativo dos MCE	28 .84 (DP=.45)	40 0.84 (DP=.47)	$t(66) = .03$
Tempo de utilização à semana dos MCE	27 3.58 (DP=3.04)	40 3.39 (DP=3.03)	$t(65) = .43$
Tempo de utilização ao fim de semana dos MCE	21 3.03 (DP=1.50)	32 3.05 (DP=1.53)	$t(51) = -.06$

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

## 2. Caracterização do uso das tecnologias de saúde digitais aplicadas à saúde mental

O dispositivo tecnológico mais utilizado pelos participantes para aceder às TSD aplicadas à saúde mental foi o telemóvel (92.1%), seguindo-se o computador (65.5%), tal como indicado na tabela 4. O dispositivo tecnológico menos utilizado foi a televisão (12.9%) (ver tabela 4).

**Tabela 4**

*Dispositivos tecnológicos utilizados pelos participantes para aceder às TSD aplicadas à saúde mental*

<i>Dispositivos Tecnológicos</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Telemóvel/Smartphone	128	92.1
Televisão	18	12.9
Computador	91	65.5
Tablet	22	15.8
Smartwatch	27	19.4

As TSD aplicadas à saúde mental mais utilizadas diariamente foram o *Instagram* (43%) seguindo-se do *facebook* (38.3%) e aplicações (34.6%) como indica a tabela 5. Em contrapartida as TSD aplicadas à saúde mental menos utilizadas diariamente foram os websites (15.5%) e os blogs online (1.6%) (ver tabela 5).

A TSD aplicada à saúde mental mais utilizada semanalmente foi o *YouTube* (23.4%); já a mais utilizada mensalmente foi os blogs online (13.1%). A TSD aplicada à saúde mental utilizada esporadicamente ao longo do ano foram as aplicações (28.3%). Já os blogs online destacam-se como a TSD aplicada à saúde mental nunca utilizada (48.4%) (ver tabela 5).

**Tabela 5**

*Caracterização da frequência da utilização de TSD aplicadas à saúde mental*

TSD	Diariamente		Semanalmente		Mensalmente		Esporadicamente ao longo do ano		Nunca	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Aplicações	44	34.6	21	16.5	15	11.8	36	28.3	11	8.7
Blogs Online	2	1.6	11	9.0	16	13.1	34	27.9	59	48.4
Dispositivos portáteis	39	33.3	14	12.0	9	7.7	9	7.7	46	39.3
<i>Facebook</i>	44	38.3	7	6.1	3	2.6	14	12.2	47	40.9
<i>Instagram</i>	49	43.0	9	7.9	9	7.9	13	11.4	34	29.8
<i>YouTube</i>	22	19.8	26	23.4	9	8.1	20	18.0	34	30.6
Websites	17	15.5	17	15.5	13	11.8	31	28.2	32	29.1
Outra(s)	10	10.4	4	4.2	3	3.1	11	11.5	68	70.8

A categoria de TSD mais utilizada foi a generalista, sendo esta transversal a todos os tipos de TSD (aplicações, blogs online, dispositivos portáteis, *Facebook*, *Instagram*, *YouTube*, Websites e outro(s)). As aplicações Generalistas (50%) são as TSD mais procuradas por este grupo, seguindo-se as aplicações de Fitness/Atividade Física (33.3%) e *Mindfulness*/Meditação (30.3%) (ver tabela 6).

**Tabela 6***Caracterização da utilização de TSD aplicadas à saúde mental*

TSD aplicadas à saúde mental	<i>n</i>	%
<b>Aplicações</b>		
Fitness/Atividade Física	22	26.2
<i>Mindfulness</i> /meditação	20	23.8
Generalistas	33	39.2
Sono	4	4.8
Saúde Mental	5	6
<b>Blogs Online</b>		
Fitness/Atividade Física	0	0
<i>Mindfulness</i> /meditação	0	0
Generalistas	8	88.9
Sono	0	0
Saúde Mental	1	11.1
<b>Dispositivos portáteis</b>		
Fitness/Atividade Física	0	0
<i>Mindfulness</i> /meditação	0	0
Generalistas	47	100
Sono	0	0
Saúde Mental	0	0
<b>Facebook</b>		
Fitness/Atividade Física	1	7.7
<i>Mindfulness</i> /meditação	0	0
Generalistas	9	84.6
Sono	0	0
Saúde Mental	3	23.1
<b>Instagram</b>		
Fitness/Atividade Física	5	22.7
<i>Mindfulness</i> /meditação	0	0
Generalistas	12	54.6
Sono	0	0
Saúde Mental	5	22.7



**Tabela 6***Caracterização da utilização de TSD aplicadas à saúde mental*

TSD aplicadas à saúde mental	<i>n</i>	%
<i>YouTube</i>		
Fitness/Atividade Física	11	50
<i>Mindfulness</i> /meditação	0	0
Generalistas	8	36.4
Sono	0	0
Saúde Mental	3	13.6
Websites		
Fitness/Atividade Física	0	0
<i>Mindfulness</i> /meditação	0	0
Generalistas	15	78.9
Sono	0	0
Saúde Mental	4	21.1
Outra(s)		
Fitness/Atividade Física	0	0
<i>Mindfulness</i> /meditação	0	0
Generalistas	6	100
Sono	0	0
Saúde Mental	0	0

As TSD aplicadas à saúde mental consideradas “muito credíveis” foram os dispositivos portáteis (19%), seguindo-se as aplicações (18.3%). As TSD aplicadas à saúde mental consideradas “nada credível” foram o *facebook* (12.6%) e o *instagram* (11.8%) (ver tabela 7).

**Tabela 7***Frequência do grau de credibilidade atribuído ao conteúdo das TSD aplicadas à saúde mental*

TSD aplicadas à saúde mental	Nada credível								Muito credível		Não sei	
	1		2		3		4		5		não tenho opinião	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Aplicações	0	0	1	1.1	22	23.7	43	46.2	17	18.3	10	10.8

**Tabela 7**

*Frequência do grau de credibilidade atribuído ao conteúdo das TSD aplicadas à saúde mental*

TSD aplicadas à saúde mental	Nada credível								Muito credível		Não sei não tenho opinião	
	1		2		3		4		5			
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Blogs online	5	5.3	11	11.7	34	36.2	24	25.5	3	3.2	17	18.1
Dispositivos Portáteis	1	1.1	5	5.3	22	23.4	32	34	19	20.2	15	16
<i>Facebook</i>	12	12.6	31	32.6	25	26.3	14	14.7	2	2.1	11	11.6
<i>Instagram</i>	11	11.8	21	22.6	27	29	18	19.4	5	5.4	11	11.8
Websites	1	1.1	5	5.3	28	29.5	34	35.8	15	15.8	12	12.6
<i>YouTube</i>	2	2.1	9	9.4	25	26	37	38.5	9	9.4	14	14.6
Outro(s)	7	8	4	4.5	10	11.4	8	9.1	3	3.4	56	63.6

A maioria dos participantes referiram, como principais razões atribuídas à credibilidade do conteúdo TSD aplicadas à saúde mental, o conteúdo elaborado por um profissional da área (59.7%) e a informação cientificamente comprovada/baseada em estudos científicos (33.9) (ver tabela 8).

**Tabela 8**

*Frequência das principais razões atribuídas à credibilidade do conteúdo das TSD aplicadas à saúde mental*

<i>Razões atribuídas à credibilidade</i>	<i>n</i>	%
Conteúdo elaborado por um profissional da área	38	64.5
Informação cientificamente comprovada/baseada em estudos científicos	21	33.9
<i>Feedback</i> de utilizadores	1	1.6

Os resultados indicaram que os jovens desta amostra consideram como mais credíveis as aplicações [M=4.14 (DP=0.94)] e dispositivos portáteis [M=4.15 (DP=1.173)] e menos credível o *facebook* [M=2.96 (DP=1.46)], do conjunto das TSD aplicadas à saúde mental (ver tabela 9).

**Tabela 9***Grau de credibilidade atribuído em média ao conteúdo das TSD aplicadas à saúde mental*

TSD aplicadas à saúde mental	M	DP
Aplicações	4.14	0.94
Blogs Online	3.64	1.40
Dispositivos portáteis	4.15	1.17
Facebook	2.96	1.46
Instagram	3.19	1.47
Websites	3.98	1.13
<i>YouTube</i>	3.88	1.70
Outro(s)	4.86	0.94

Os principais motivos para a utilização das TSD aplicadas à saúde mental foram: a procura de melhoria do seu bem-estar psicológico (ex. gerir as minhas emoções, sono, melhorar autoestima) (34.7%) e de adoção de comportamentos protetores para a saúde mental (ex. relações sociais, nutrição, atividade física) (20.9%); seguindo-se a monitorização de comportamentos protetores para a saúde mental (ex. nutrição, sono, atividade física) (15.8%) (ver tabela 10).

Os principais motivos atribuídos à utilização das TSD aplicadas à saúde mental foram estratégias de autoajuda (76.7%), seguindo-se de competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda (10.1%), sendo os conhecimentos sobre problemas de saúde mental (3.2%) o motivo menos selecionado pelos participantes (ver tabela 10).

**Tabela 10***Frequência dos motivos atribuídos à utilização das TSD aplicadas à saúde mental*

Motivos atribuídos à utilização das TSD aplicadas à saúde mental	n	%
<b>Estratégias de autoajuda</b>		
Melhorar o meu bem-estar psicológico (ex. gerir as minhas emoções, sono, melhorar autoestima)	33	34.7
Adotar comportamentos protetores para a saúde mental (ex. relações sociais, nutrição, atividade física).	29	20.9
Monitorizar (medir regularmente) comportamentos relacionados com emoções, autoestima.	5	5.3

**Tabela 10***Frequência dos motivos atribuídos à utilização das TSD aplicadas à saúde mental*

Monitorizar (medir regularmente) comportamentos protetores para a saúde mental (ex. nutrição, sono, atividade física).	15	15.8
<b>Conhecimentos sobre problemas de saúde mental</b>		
Partilhar informação sobre saúde/bem-estar psicológico ou problemas de saúde mental.	3	3.2
<b>Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda</b>		
Procurar apoio social para um problema de saúde mental que me foi diagnosticado.	-	-
Procurar apoio social para um problema de saúde mental para familiares ou amigos.	1	1.1
Procurar ajuda profissional (ex. psicólogos, psiquiatras, ou outros profissionais de saúde).	-	-
Procurar informação que me permita identificar problemas de saúde mental.	-	-
Procurar informações gerais sobre problemas de saúde mental.	3	3.2
Procurar informações relativas a um problema que me foi diagnosticado.	1	1.1
Procurar informações relativas a um problema que foi diagnosticado a familiares ou amigos.	-	-
Procurar informações sobre intervenções/tratamentos médicos para problemas de saúde mental.	1	1.1
N. Procurar informações sobre intervenções/tratamentos psicológicos.	2	2.1
O. Procurar informações sobre medicamentos para problemas de saúde mental.	-	-
P. Outro(s)	2	2.1

### 3. Caracterização dos níveis de literacia em saúde mental, em função do sexo e do tipo de curso

Foram encontradas diferenças significativas nos diferentes fatores e no *score* total da escala LSMq, entre os participantes do sexo masculino e feminino (ver tabela 11).

Os participantes do sexo feminino revelaram ter um número significativamente inferior de crenças erradas/estereótipos (Fator 2), níveis superiores de competências de 1ª ajuda e de comportamentos de procura de ajuda (Fator 3), de crenças de autoajuda (Fator 4) e níveis globais de literacia em saúde mental (*score* total) mais elevados do que os participantes do sexo masculino. (ver tabela 11)

**Tabela 11***Diferenças nos níveis de LSM em função do sexo*

	Masculino (N = 39) Média (DP)	Feminino (N = 52) Média (DP)	
<b>Fator 1</b>			
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	4.02 (DP=.57)	4.23 (DP=.44)	$t(89) = -2.02$
<b>Fator 2</b>			
Crenças erradas/estereótipos	4.23 (DP=.58)	4.60 (DP=.40)	$t(63.34) = -3.43^{**}$
<b>Fator 3</b>			
Competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda	3.76 (DP=.63)	4.15 (DP=.53)	$t(89) = -3.20^{**}$
<b>Fator 4</b>			
Estratégias de autoajuda	4.33 (DP=.54)	4.68 (DP=.34)	$t(59.46) = -3.43^{**}$
<b>Score Total</b> (LSMq)	4.07 (DP=.50)	4.38 (DP=.35)	$t(57.20) = -3.47^{**}$

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ 

Foram encontradas diferenças significativas nos diferentes fatores e no score total da escala LSMq, entre os participantes do curso não ligado à saúde e do curso ligado à saúde (ver tabela 12).

Os participantes que frequentam cursos ligados à saúde revelaram ter conhecimentos significativamente superiores acerca de problemas de saúde mental (Fator 1), um número significativamente inferior de crenças erradas/estereótipos (Fator 2) e níveis globais de literacia em saúde mental mais elevados do que os participantes dos cursos ligados à saúde (ver tabela 12).

**Tabela 12***Diferenças nos níveis de LSM em função do curso*

	Curso não ligado à saúde (N = 52) Média (DP)	Curso ligado à saúde (N = 36) Média (DP)	
<b>Fator 1</b>			
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	4.07 (DP=.53)	4.29 (DP=.40)	$t(86) = -2.13^*$
<b>Fator 2</b>			
Crenças erradas/estereótipos	4.34 (DP=.54)	4.64 (DP=.36)	$t(85.98) = -3.08^{**}$
<b>Fator 3</b>			
Competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda	3.9 (DP=.59)	4.16 (DP=.60)	$t(86) = -1.92$
<b>Fator 4</b>			
Estratégias de autoajuda	4.49 (DP=.45)	4.65 (DP=.41)	$t(86) = -1.65$
<b>Score Total</b> (LSMq)	4.17 (DP=.44)	4.41 (DP=.28)	$t(86) = -2.88^{**}$

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ 

#### 4. Estudar a relação entre o uso das tecnologias de saúde digitais aplicadas à saúde mental, a literacia em saúde mental e o uso dos meios de comunicação eletrónicos por parte dos jovens

Os participantes que selecionaram como motivo os “*conhecimentos sobre problemas de saúde mental*” para utilizar as TSD aplicadas à saúde mental apresentaram níveis globais superiores de LSM (*score total*) (ver tabela 13).

**Tabela 13**

*Diferenças nos níveis de LSM em função do motivo “conhecimentos sobre problemas de saúde mental”*

	Não		Sim		
	(N = 66)		(N=20)		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
<b>Fator 1</b>					
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	4.09	0.53	4.30	0.37	<i>t</i> (84) = -1.66
<b>Fator 2</b>					
Crenças erradas/estereótipos	4.39	0.54	4.62	0.40	<i>t</i> (84) = -1.82
<b>Fator 3</b>					
Competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda	3.94	0.63	4.19	0.49	<i>t</i> (84) = -1.64
<b>Fator 4</b>					
Estratégias de autoajuda	4.46	0.50	4.69	0.34	<i>t</i> (84) = -1.90
<b>Score Total</b> (LSMq)	4.19	0.45	4.42	0.27	<i>t</i> (84) = -2.15*

\*  $p < .05$

Foram encontradas diferenças significativas nas crenças e estereótipos (Fator 2) da escala LSMq (ver tabela 14).

Os participantes que selecionaram o motivo “competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda” para utilizar as TSD aplicadas à saúde mental revelaram ter valores significativamente inferiores na dimensão crenças e estereótipos (Fator 2) (ver tabela 14).

**Tabela 14**

*Diferenças nos níveis de LSM em função do motivo “competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda”*

	Não		Sim		
	(N = 39)		(N = 47)		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
<b>Fator 1</b>					
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	4.03	0.58	4.23	0.43	<i>t</i> (84) = -1.84
<b>Fator 2</b>					
Crenças erradas/estereótipos	4.29	0.58	4.57	0.42	<i>t</i> (67.43) = -2.60*
<b>Fator 3</b>					
Competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda	3.95	0.65	4.04	0.58	<i>t</i> (84) = -0.62
<b>Fator 4</b>					
Estratégias de autoajuda	4.54	0.47	4.48	0.49	<i>t</i> (84) = 0.58
<b>Score Total</b> (LSMq)	4.16	0.49	4.32	0.36	<i>t</i> (84) = -1.80

\*  $p < .05$

Não foram encontradas diferenças significativas nos níveis de LSM, nos participantes que selecionaram o motivo “*estratégias de autoajuda*” para utilizar as TSD aplicadas à saúde mental (ver tabela 15).



**Tabela 15***Diferenças nos níveis de LSM em função do motivo “estratégias de autoajuda”*

	Não		Sim		
	(N = 6)		(N = 80)		
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
<b>Fator 1</b>					
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	4.36	0.39	4.13	0.51	<i>t</i> (84) = 1.11
<b>Fator 2</b>					
Crenças erradas/estereótipos	4.71	0.34	4.42	0.52	<i>t</i> (84) = 1.31
<b>Fator 3</b>					
Competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda	4.22	0.46	3.98	0.62	<i>t</i> (84) = .94
<b>Fator 4</b>					
Estratégias de autoajuda	4.50	0.39	4.51	0.49	<i>t</i> (84) = -.06
<b>Score Total</b> (LSMq)	4.44	0.34	4.23	0.43	<i>t</i> (84) = 1.20

Não foram encontradas diferenças significativas ao nível do tempo que é despendido nos MCE, à semana, ao fim de semana e, também, ao nível do impacto negativo entre os indivíduos que indicaram como credível o conteúdo elaborado por um profissional da área e os indivíduos que selecionaram “*Informação cientificamente comprovada/baseada em estudos científicos*” (ver tabela 16).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Não foi considerada a fonte credibilidade “*Feedback de utilizadores*”, uma vez apenas um participante a selecionou.

**Tabela 16**

*Diferenças ao nível do tempo de utilização e do impacto negativo percebido dos MCE em função da fonte de credibilidade*

	Conteúdo elaborado por um profissional da área (n) Média (DP)	Informação cientificamente comprovada/baseada em estudos científicos (n) Média (DP)	
Impacto Negativo dos MCE	31 0.81 (DP=0.39)	21 0.83 (DP=.52)	$t(50) = -.17$
Tempo de utilização à semana dos MCE	31 3:27 (DP=2:09)	20 3:53 (DP=4:03)	$t(49) = -.49$
Tempo de utilização ao fim de semana dos MCE	27 2:33 (DP=1:14)	16 3:17 (DP=) 2:19	$t(20.16) = -1.15$

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Não foram encontradas diferenças significativas ao nível do tempo que é despendido à semana e ao fim de semana nos MCE e, também, ao nível do impacto negativo entre os indivíduos que selecionaram e não selecionaram o motivo “*conhecimentos sobre problemas de saúde mental*” (ver tabela 17).

**Tabela 17**

*Diferenças da utilização e do impacto negativo dos MCE em função do motivo “conhecimentos sobre problemas de saúde mental”*

	Não selecionou o motivo conhecimentos sobre problemas de saúde mental (n) Média (DP)	Selecionou o motivo conhecimentos sobre problemas de saúde mental (n) Média (DP)	
Impacto Negativo dos MCE	52 0.81 (DP=0.44)	14 0.99 (DP=0.48)	$t(64) = -1.34$
Tempo de utilização à semana dos MCE	52 3:31 (DP=2:28)	13 3:53 (DP=2:47)	$t(63) = -.47$
Tempo de utilização ao fim de semana dos MCE	41 2:51 (DP=1:43)	10 3:33 (DP=1:42)	$t(49) = -1.16$

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Não foram encontradas diferenças significativas ao nível do tempo que é despendido à semana e ao fim de semana nos MCE e, também, ao nível do impacto negativo entre os indivíduos que selecionaram e não selecionaram o motivo competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda (F3) (ver tabela 18).

**Tabela 18**

*Diferenças da utilização e do impacto negativo dos MCE em função do motivo “competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda”*

	Não seleccionou motivo competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda (n) Média (DP)	Seleccionou motivo competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda (n) Média (DP)	
Impacto Negativo dos MCE	28 0.86 (DP=0.44)	38 0.84 (DP=0.47)	$t(64) = 1.32$
Tempo de utilização à semana dos MCE	28 3:36 (DP=3:03)	37 3:35 (DP=2:03)	$t(63) = .03$
Tempo de utilização ao fim de semana dos MCE	21 3:00 (DP=2:05)	30 2:59 (DP=1:27)	$t(49) = .02$

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Verificou-se que existem diferenças significativas entre os participantes que seleccionaram e não seleccionaram o motivo “crenças de autoajuda” ao nível do impacto negativo dos MCE,  $U = 67$ ,  $p = 0.03$ . Os participantes que seleccionaram este motivo referem um maior impacto negativo dos MCE (ver tabela 19).

**Tabela 19**

*Teste de Mann-Whitney (U)- Diferenças da utilização e do impacto negativo dos MCE em função do motivo “estratégias de autoajuda”*

	Não selecionou motivo estratégias de autoajuda (n) Média (DP)	Selecionou motivo estratégias de autoajuda (n) Média (DP)	<i>U</i>
Impacto Negativo dos MCE	5 1.22 (DP=.26)	61 0.81 (DP=0.45)	67.00*
Tempo de utilização à semana dos MCE	4 4:57 (DP=1:39)	61 3:30 (DP=2:33)	60.00
Tempo de utilização ao fim de semana dos MCE	2 4:25 (DP=3:07)	49 2:56 (DP=1:41)	30.00

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

#### IV. Discussão dos resultados

O presente estudo encontra-se integra o projeto *Media Activity and Mental Health* e tem como principal objetivo explorar a relação entre o uso das TSD aplicadas à saúde mental, a literacia em saúde mental e o uso dos MCE por parte dos jovens.

No que respeita ao primeiro objetivo específico do estudo - “*Caracterizar o uso e o impacto percebido dos meios de comunicação eletrónicos num grupo de jovens estudantes universitários, em função do sexo e do tipo de curso frequentado*” - não foram encontradas diferenças significativas. Na literatura apenas são reportadas diferenças em função do tipo de utilização, sendo que a maior parte dos estudos envolveram populações mais jovens e não universitárias (Ak et al., 2013; Durkee et al., 2012; Jones et al., 2008; Naslund et al., 2019; Pontes & Patrão, 2014; Torres-Díaz et al., 2016; Simões et al., 2014).

No que respeita à “*Caracterização do uso das tecnologias de saúde digitais aplicadas à saúde mental*” destaca-se o telemóvel como o dispositivo tecnológico mais utilizado para aceder às TSD aplicadas à saúde mental, seguindo-se o computador e o *smartwatch*. Este perfil encontra-se descrito na literatura, sendo o telemóvel um recurso cada vez mais comum para

acceder a informações, suporte e monitorização de problemas de saúde mental (Aboujaoude & Starcevic, 2015; Castro Faria et al., 2018; Dessart & Duclou, 2019; Donker et al., 2013; Firth et al., 2016; Fox & Duggan, 2012; Morris & Aguilera, 2012; Proudfoot et al., 2013; Reid et al., 2011).

A quase totalidade dos participantes afirma utilizar, diariamente o *instagram* como TSD aplicadas à saúde mental, seguindo-se o *facebook* e aplicações; em contrapartida, os blogs *online* destacam-se como a TSD aplicada à saúde mental nunca utilizada por este grupo. Estudos relatam que os jovens usam ativamente as redes sociais para pesquisar informações sobre saúde, partilhar e visualizar experiências, obter apoio social ou inspiração (Goodyear et al., 2017; Lupton, 2018; Sun et al., 2019). Adicionalmente, estudos recentes evidenciam um aumento do número de aplicações ligadas à saúde e bem-estar psicológico (Bratu, 2018; Donker et al., 2013; Eysenbach, 2008; Lattie et al., 2019; McKinley & Wright, 2014; Oh et al., 2013; Vaterlaus et al., 2015).

A categoria de TSD aplicada à saúde mental mais utilizada pelos participantes foi a generalista, sendo esta transversal a todos os tipos (aplicações, blogs online, dispositivos portáteis, *Facebook*, *Instagram*, *YouTube*, Websites e outro(s)). No que respeita especificamente às aplicações, as generalistas são as TSD aplicadas à saúde mental mais procuradas por este grupo, seguindo-se as aplicações de *Fitness*/Atividade Física e *Mindfulness*/Meditação. Estes resultados são parcialmente consonantes com a literatura, uma vez que esta sugere que as aplicações mais utilizadas estão ligadas à saúde mental, ao sono, ao *stress* e ao relaxamento (*mindfulness*/meditação) (Donker et al., 2013; Lattie et al., 2019; Lupton, 2018)

As TSD aplicadas à saúde mental consideradas “*muito credíveis*” foram os dispositivos portáteis, seguindo-se as aplicações. A maioria dos participantes referiram como principais razões atribuídas à credibilidade o facto de o conteúdo ser elaborado por um profissional da área e a informação ser cientificamente comprovada/baseada em estudos científicos. Os jovens desta amostra consideram como mais credíveis as aplicações e dispositivos portáteis e o menos credível o *facebook*. Neste domínio, a literatura sublinha que a avaliação da qualidade da informação tem sido um grande desafio para os consumidores da saúde mental *online*. Estes referem ter dificuldades em distinguir factos científicos de opiniões pessoais, bem como avaliar toda informação obtida de forma confiante, dada a sua extensão e amplitude (Montagni et al., 2020; Sun et al., 2019). Os jovens tendem, também, a avaliar a credibilidade dos sites com base na sua aparência, conteúdo (e.g., com evidências, citações, referências) e domínio (e.g., “.com”, “.gov” ou “.org”). Além disto, no que toca à qualidade da informação, os jovens tendem a

atribuir classificações mais altas a informações obtidas tanto em sites tradicionais como em páginas de redes sociais, que sejam elaboradas por profissionais de saúde ou organizações governamentais (Lupton, 2018; Sun et al., 2019).

Os principais motivos para a utilizar as TSD aplicadas à saúde mental foram: “*Melhorar o seu bem-estar psicológico (ex. gerir as minhas emoções, sono, melhorar autoestima)*” e de “*Adotar comportamentos protetores para a saúde mental (ex. relações sociais, nutrição, atividade física)*”; seguindo-se “*Monitorizar (medir regularmente) comportamentos protetores para a saúde mental (ex. nutrição, sono, atividade física)*”. Estes resultados vão ao encontro da literatura, que refere que indivíduos com problemas de saúde mental usam as TSD aplicadas à saúde mental para monitorizar e aceder a informações sobre o seu problema (Bauer et al., 2016; Bonet et al., 2018; Gay et al., 2016). Além disso, estudos qualitativos revelam que muitos dos indivíduos entrevistados diagnosticados com psicose procuram informações sobre saúde mental *online*, para compreenderem melhor as suas experiências, para ler informações sobre o seu diagnóstico, medicamentos e seus efeitos secundários e procurar informações sobre estratégias de *coping* (Aref-Adib et al., 2016; Lal et al., 2018). Adicionalmente, pessoas com problemas de saúde mental relatam recorrer a fóruns e redes sociais de modo a auto-monitorizar e melhorar a sua saúde mental, bem como aceder a conteúdos motivacionais, observando experiências de outras pessoas, o que lhes proporcionou esperança na recuperação (Bucci, et al., 2019; Firth et al., 2016). Recentemente, o *twitter* foi considerado pela organização de saúde mental *Mind*, do Reino Unido, como uma das redes sociais mais importantes para dialogar sobre questões de saúde mental (Firth et al., 2016).

Relativamente à “*caracterização dos níveis de literacia em saúde mental de um grupo de estudantes universitários*”, em função do sexo, verificou-se que os participantes do sexo feminino apresentam níveis significativamente inferiores de crenças erradas/estereótipos e conhecimentos significativamente superiores de competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda e de estratégias de autoajuda e ainda níveis globais de literacia em saúde mental (*score* total) mais elevados do que os participantes do sexo masculino. Estes resultados são consonantes com a literatura, que tem reportado níveis superiores de LSM em mulheres (Dias et al., 2018; Lauber et al., 2005; Wong et al., 2012).

A literatura refere ainda que enquanto os jovens do sexo masculino revelam uma menor consciencialização e conhecimento dos problemas em saúde mental, os do sexo feminino tendem a procurar ajuda e a melhor conhecer as suas problemáticas, enfrentando os problemas de saúde mental (Addis & Mahalik, 2003; Cotton et al, 2006; Furnham et al., 2011; Gorchynski et al., 2017; Lee et al., 2015; Ng & Chan, 2000; Reavley et al., 2012).

Os participantes que frequentam cursos ligados à saúde revelaram ter conhecimentos significativamente superiores acerca de problemas de saúde mental, um valor significativamente inferior de crenças erradas/estereótipos e níveis globais de literacia em saúde mental mais elevados do que os participantes dos cursos ligados à saúde. Estudos referem que jovens universitários têm, globalmente, níveis reduzidos em LSM para serem capazes de reconhecer problemas de saúde mental e procurar ajuda profissional quando necessário (Furnham et al., 2011; Hunt e Eisenberg, 2010; Merritt et al., 2007; Nogueira et al., 2017; Reavley et al., 2012; Wei et al., 2013). Relatam, também, que estudantes do sexo masculino de economia e filosofia tendem a ter grandes dificuldades em reconhecer problemas de saúde mental quando comparados com os estudantes de cursos de saúde (Reavley et al., 2012).

Por último, no estudo da *“relação entre o uso das TSD aplicadas à saúde mental, a LSM e o uso dos MCE”*, os participantes que selecionaram o motivo *“conhecimentos sobre problemas de saúde mental”* para utilizar as TSD aplicadas à saúde mental apresentaram níveis superiores no score total de LSM. Os jovens que atribuíram como motivo *“competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda”* revelaram ter conhecimentos significativamente inferiores de *“crenças e estereótipos”*. Quanto ao impacto negativo do uso dos MCE, os participantes que selecionaram o motivo *“estratégias de autoajuda”* percecionaram um impacto significativamente mais negativo, comparativamente aos que não selecionaram. Estes resultados sugerem que aceder às TSD aplicadas à saúde mental constitui-se como uma oportunidade de adquirir LSM e, por sua vez, diminuir o estigma e crenças erradas sobre saúde mental. Efetivamente, vários estudos apontam que investir nas TSD aplicadas à saúde mental pode ser um grande contributo para o aumento da literacia dos jovens estudantes universitários (Naslund et al., 2019). O uso das TSD aplicadas à saúde mental tem potencial para melhorar a compreensão dos problemas de saúde mental e intervir no sentido de melhorar os serviços de saúde mental (Bucci et al., 2019; Firth et al., 2019; Naslund et al., 2019).

Relativamente aos resultados relacionados com as diferenças ao nível do impacto negativo percebido dos MCE em função da fonte de credibilidade, nomeadamente os motivos *“conhecimentos sobre problemas de saúde mental”* e *“competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda”*, a literatura relata que os MCE estão a transformar a maneira como se abordam questões clínicas tradicionais como a identificação, a monitorização e a prestação de serviços para indivíduos com problemas de saúde mental (Russ et al., 2019). O acesso a grandes quantidades de dados utilizando as TSD, onde se incluem *blogs online*, *websites*, aplicações, redes sociais e dispositivos portáteis combinado com técnicas de análise de dados, está a tornar possível descobrir padrões ou tendências no comportamento humano e,



consequentemente, na trajetória de doenças que até ao decorrer desta evolução da utilização dos MCE não eram visíveis (Dessart & Duclou, 2019; Donker et al., 2013; Russ et al., 2019). Este desenvolvimento é apoiado por um número crescente de estudos que demonstram a viabilidade do uso das TSD no estudo de padrões de comportamento, na monitorização do risco de doenças e na proliferação do desenvolvimento de intervenções direcionadas e personalizadas (Insel, 2018; Naslund et al., 2019). A ênfase nos métodos digitais para estudar a saúde mental e o rápido crescimento do número de utilizadores das redes sociais em todo o mundo, correspondendo a quase metade da população mundial em 2019, origina uma imensidão de dados diários, de quase todos os países. Esses dados podem ser estudados e analisados, oferecendo oportunidades únicas para facilitar a deteção e rastreamento de inúmeras doenças e problemas de saúde mental (Bidargaddi et al., 2017; Bucci, 2019; Naslund et al., 2019).

É importante considerar que estes resultados e a recolha de dados deste estudo realizaram-se no contexto de pandemia COVID-19, altura em que se verificou um aumento da utilização dos MCE podendo também estar associado a uma maior utilização das TSD aplicadas à saúde mental, decorrente do impacto psicológico da necessidade de confinamento da população em geral (Fagherazzi et al., 2020; Marshall et al., 2020; Torous et al., 2020). Não obstante, existe uma necessidade geral de observar, avaliar e monitorizar o comportamento psicológico da população em geral com estas TSD (Fagherazzi et al., 2020; Marshall et al., 2020; Torous et al., 2020), uma vez que a saúde mental sofreu e está a sofrer fortes consequências com a pandemia (e.g., *stress*, depressão, ansiedade, insónias aumento do uso de substâncias e violência doméstica) (Pfefferbaum et al. 2020). São, também, cada vez mais prestados serviços de saúde por meio da telemedicina que, para além de fornecerem assistência médica, têm um papel muito importante na monitorização e apoio às necessidades psicossociais dos seus pacientes e profissionais de saúde (Pfefferbaum et al. 2020).

Embora os dados ainda sejam limitados, estudos apontam que os estudantes universitários se podem constituir como uma população de risco, dada toda a incerteza vivenciada nesta fase de entrada na vida adulta, tanto ao nível psicológico como ao nível profissional e financeiro (Husky et al., 2020). O uso das TSD aplicadas à saúde mental pode, por isso, constituir-se como um recurso protetor face a estes riscos.

## V. Conclusões

Este estudo teve como objetivo principal explorar a relação entre o uso das tecnologias de saúde digitais aplicadas à saúde mental, a literacia em saúde mental e o uso dos meios de comunicação eletrónicos por parte dos jovens.

Deste estudo, salientam-se os seguintes resultados: os participantes que selecionaram o motivo “*conhecimentos sobre problemas de saúde mental*” para utilizar as TSD aplicadas à saúde mental apresentaram níveis globais superiores de LSM (*score total*); os participantes que selecionaram o motivo “*competências de 1ª ajuda e comportamentos de procura de ajuda*” para utilizar as TSD aplicadas à saúde mental revelaram ter níveis significativamente inferiores de crenças e estereótipos associados aos problemas de saúde mental. Os participantes que usam as TSD aplicadas à saúde mental para “*estratégias de autoajuda*” tendem a percecionar um menor impacto negativo dos MCE. Os jovens poderão estar a beneficiar destas TSD aplicadas à saúde mental para minimizar o impacto negativo de utilização dos MCE.

Refletindo sobre as limitações da investigação, atendendo ao carácter exploratório do presente estudo e dado que só participaram os jovens que consideravam utilizar TSD aplicadas à saúde mental, será pertinente, em estudos futuros, dar oportunidade de resposta aos inquiridos que selecionaram não utilizar as TSD aplicadas à saúde mental para conhecer variáveis ao nível da LSM e do uso dos MCE. O facto de a recolha de dados ter sido realizada em período pandémico da COVID-19 pode constituir-se como uma limitação, na medida em que a amostra poderá estar enviesada em termos da utilização dos MCE e, eventualmente, das TSD aplicadas à saúde mental derivada das circunstâncias de confinamento associado à pandemia (Rajkumar, 2020). Esta circunstância condicionou a leitura dos resultados do presente estudo à luz da literatura existente, quase na totalidade publicada antes da pandemia da COVID-19.

Relativamente a investigações futuras poderá ser pertinente elaborar um estudo qualitativo de modo a explorar as perceções dos jovens sobre as TSD aplicadas à saúde mental (e.g., perceber preocupações que tenham em relação à utilização das TSD aplicadas à saúde mental; o porquê de acharem o recurso às TSD aplicadas à saúde mental atraentes ou não), o que poderá ter implicações para o desenvolvimento, qualidade, credibilidade e *design* de TSD aplicadas à saúde mental (Bucci et al., 2019).

Por último, no que respeita às implicações para a prática, este estudo contribui para reforçar a importância de investir em investigações futuras levadas a cabo por psicólogos ou profissionais de saúde sobre a utilização das TSD aplicadas à saúde mental. Sinalizar, também, que é fundamental passar a existir uma regulamentação das TSD aplicadas à saúde mental (pois existe uma oferta, cada vez maior, de programas e serviços de psicologia de intervenção,

prevenção e promoção da saúde psicológica através da utilização de plataformas digitais) (OPP, 2017), evocando responsabilidades a entidades como a Ordem dos Psicólogos, Ordem dos Médicos, Ministério da Saúde, com o objetivo de fornecer informação fidedigna aos seus utilizadores.

As TSD aplicadas à saúde mental abrem, também, novos caminhos à intervenção psicológica e possibilitam que esta se concretize através de outros meios de comunicação, diferentes do tradicional face-a-face. Uma vez que o uso das TSD aplicadas à saúde mental é uma realidade em desenvolvimento, os psicólogos poderão, por exemplo, intensificar a sua utilização como uma ferramenta de suporte à prática psicológica.

As universidades têm um papel muito importante na elaboração, avaliação e progresso das TSD aplicadas à saúde mental, bem como garantir a sua qualidade. As TSD aplicadas à saúde mental poderão ser um caminho poderoso na redução do estigma e aumento da LSM entre os estudantes universitários, facilitando, também, a identificação, prevenção e tratamento de problemas de saúde mental. É, por isso, também relevante o desenvolvimento de TSD de promoção de LSM.

## Referências bibliográficas

- Aboujaoude, E., & Starcevic, V. (Eds.). (2015). *Mental health in the digital age: grave dangers, great promise*. Oxford University Press.
- Achenbach, T. (2018). Media Activity Form. Manuscrito não publicado.
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.5>
- Ak, Ş., Koruklu, N., & Yılmaz, Y. (2013). A study on Turkish adolescent's Internet use: possible predictors of Internet addiction. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(3), 205-209. <https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0255>
- Aref-Adib, G., O'Hanlon, P., Fullarton, K., Morant, N., Sommerlad, A., Johnson, S., & Osborn, D. (2016). A qualitative study of online mental health information seeking behaviour by those with psychosis. *BMC psychiatry*, 16(1), 232. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0952-0>
- Auerbach, R. P., Mortier, P., Bruffaerts, R., Alonso, J., Benjet, C., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Ebert, D. D., Green, J. G., Hasking, P., Murray, E., Nock, M. K., Pinder-Amaker, S., Sampson, N. A., Stein, D. J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., Kessler, R. C., & WHO WMH-ICS Collaborators. (2018). WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 127(7), 623–638. <https://doi.org/10.1037/abn0000362>
- Bakker, D., Kazantzis, N., Rickwood, D., & Rickard, N. (2016). Mental health smartphone apps: review and evidence-based recommendations for future developments. *Journal of Medical Internet Research*, 18(3), 23. <https://doi.org/10.2196/mental.4984>
- Bauer, M., Glenn, T., Monteith, S., Bauer, R., Whybrow, P. C., & Geddes, J. (2017). Ethical perspectives on recommending digital technology for patients with mental

- illness. *International journal of bipolar disorders*, 5(1), 1-14.  
<https://doi.org/10.1186/s40345-017-0073-9>
- Beasley, L., Kiser, R., & Hoffman, S. (2020). Mental health literacy, self-efficacy, and stigma among college students. *Social Work in Mental Health*, 1-17.  
<https://doi.org/10.1080/15332985.2020.1832643>
- Berry, N., Bucci, S., & Lobban, F. (2017). Use of the internet and mobile phones for self-management of severe mental health problems: qualitative study of staff views. *JMIR mental health*, 4(4), e52. [10.2196/mental.8311](https://doi.org/10.2196/mental.8311)
- Bidargaddi, N., Musiat, P., Makinen, V. P., Ermes, M., Schrader, G., & Licinio, J. (2017). Digital footprints: facilitating large-scale environmental psychiatric research in naturalistic settings through data from everyday technologies. *Molecular psychiatry*, 22(2), 164-169. <https://doi.org/10.1038/mp.2016.224>
- Bonet, L., Llácer, B., Hernandez-Viadel, M., Arce, D., Blanquer, I., Cañete, C., ... & Sanjuán, J. (2018). Differences in the use and opinions about new eHealth technologies among patients with psychosis: structured questionnaire. *JMIR mental health*, 5(3), e51. [10.2196/mental.9950](https://doi.org/10.2196/mental.9950)
- Bratu, S. (2018). Fake news, health literacy, and misinformed patients: The fate of scientific facts in the era of digital medicine. *Analysis and Metaphysics*, (17), 122-127.
- Bratu, S. (2018). Fear of missing out, improper behavior, and distressing patterns of use. An empirical investigation. *Linguistic and Philosophical Investigations*, (17), 130-140.
- Bucci, S., Schwannauer, M., & Berry, N. (2019). The digital revolution and its impact on mental health care. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(2), 277-297. <https://doi.org/10.1111/papt.12222>

- Castro Faria, H., Pessoa e Costa, I., & Serrão Neto, A. (2018) Hábitos de Utilização das Novas Tecnologias em Crianças e Jovens. *Gazeta Médica* 5(4). <https://doi.org/10.29315/gm.v5i4.214>.
- Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A. F., & McGorry, P. D. (2006). Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(9), 790-796. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01885.x>
- Dessart, L., & Duclou, M. (2019). Health and fitness online communities and product behaviour. *Journal of Product & Brand Management*. 28 (2), 188-199. <https://doi.org/10.1108/JPBM-12-2017-1710>
- Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 13-18. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071318>
- Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. R., & Christensen, H. (2013). Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 15(11), e247. [10.2196/jmir.2791](https://doi.org/10.2196/jmir.2791)
- Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B., ... & Brunner, R. (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*, 107(12), 2210-2222. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03946.x>
- Eysenbach, Gunther. "Credibility of Health Information and Digital Media: New Perspectives and Implications for Youth." *Digital Media, Youth, and Credibility*. Edited by Miriam J. Metzger and Andrew J. Flanagin. The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation Series on Digital Media and Learning. Cambridge, MA: The MIT Press, 2008. 123–154. [10.1162/dmal.9780262562324.123](https://doi.org/10.1162/dmal.9780262562324.123)

- Fagherazzi, Guy, et al. "Digital health strategies to fight COVID-19 worldwide: challenges, recommendations, and a call for papers." *Journal of Medical Internet Research* 22.6 (2020): e19284. [10.2196/19284](https://doi.org/10.2196/19284)
- Firth, J., Cotter, J., Torous, J., Bucci, S., Firth, J. A., & Yung, A. R. (2016). Mobile phone ownership and endorsement of “mHealth” among people with psychosis: a meta-analysis of cross-sectional studies. *Schizophrenia bulletin*, 42(2), 448-455. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv132>
- Firth, J., Torous, J., Stubbs, B., Firth, J. A., Steiner, G. Z., Smith, L., ... & Sarris, J. (2019). The “online brain”: how the Internet may be changing our cognition. *World Psychiatry*, 18(2), 119-129. <https://doi.org/10.1002/wps.20617>
- Fox, S., & Duggan, M. (2010). *Mobile health 2010*. Washington, DC: Pew Internet & American Life Project.
- Freeman, J. L., Caldwell, P. H., Bennett, P. A., & Scott, K. M. (2018). How adolescents search for and appraise online health information: A systematic review. *The Journal of pediatrics*, 195, 244-255. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.11.031>
- Fullagar, S., Rich, E., Francombe-Webb, J., & Maturo, A. (2017). Digital ecologies of youth mental health: apps, therapeutic publics and pedagogy as affective arrangements. *Social Sciences*, 6(4), 135. <https://doi.org/10.3390/socsci6040135>
- Furnham, A., Cook, R., Martin, N., & Batey, M. (2011). *Mental health literacy among university students*. *Journal of Public Mental Health*, 10(4), 198–210. <https://doi.org/10.1108/17465721111188223>
- Gay, K., Torous, J., Joseph, A., Pandya, A., & Duckworth, K. (2016). Digital technology use among individuals with schizophrenia: results of an online survey. *JMIR mental health*, 3(2), e15. [10.2196/mental.5379](https://doi.org/10.2196/mental.5379)

- Goodyear, V. A., Armour, K. M., & Wood, H. (2018). Young people and their engagement with health-related social media: New perspectives. *Sport, Education and Society*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/13573322.2017.1423464>
- Goodyear, V. A., Armour, K. M., & Wood, H. (2019). Young people learning about health: The role of apps and wearable devices. *Learning, Media and Technology*, 44(2), 193-210. <https://doi.org/10.1080/17439884.2019.1539011>
- Gorczynski, P., Sims-schouten, W., Hill, D., & Wilson, J. C. (2017). *Examining mental health literacy, help seeking behaviours, and mental health outcomes in UK university students. The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 12(2), 111–120. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-05-2016-0027>
- Grist, R., Porter, J., & Stallard, P. (2017). Mental health mobile apps for preadolescents and adolescents: a systematic review. *Journal of medical internet research*, 19(5), e176. [10.2196/jmir.7332](https://doi.org/10.2196/jmir.7332)
- Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of adolescent health*, 46(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.08.008>
- Husky, M. M., Kovess-Masfety, V., & Swendsen, J. D. (2020). Stress and anxiety among university students in France during Covid-19 mandatory confinement. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152191. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152191>
- Insel, T. R. (2018). Digital phenotyping: a global tool for psychiatry. *World Psychiatry*, 17(3), 276. [10.1002/wps.20550](https://doi.org/10.1002/wps.20550)
- Jones, S., Johnson-Yale, C., Millermaier, S., & Pérez, F. S. (2008). Academic work, the Internet and US college students. *The Internet and Higher Education*, 11(3-4), 165-177. <https://doi.org/10.1016/j.iheduc.2008.07.001>



- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.396>
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American psychologist*, 67(3), 231-243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Jorm, A. F., Barney, L., Christensen, H., Highet, N., Kelly, C., & Kitchener, A. (2006). Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 40(1), 3-5. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01734.x>
- Kelly, C. M., Jorm, A. F., & Wright, A. (2007). Improving mental health literacy as a strategy to facilitate early intervention for mental disorders. *Medical Journal of Australia*, 187(S7), S26-S30. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01332.x>
- Lal, S., Nguyen, V., & Theriault, J. (2018). Seeking mental health information and support online: Experiences and perspectives of young people receiving treatment for first-episode psychosis. *Early intervention in psychiatry*, 12(3), 324-330. <https://doi.org/10.1111/eip.12317>
- Lattie, E. G., Lipson, S. K., & Eisenberg, D. (2019). Technology and college student mental health: Challenges and opportunities. *Frontiers in psychiatry*, 10, 246. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00246>
- Lauber, C., Ajdacic-Gross, V., Fritschi, N., Stulz, N., & Rössler, W. (2005). Mental health literacy in an educational elite—an online survey among university students. *BMC Public Health*, 5(1), 44. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-44>
- Lee, H. Y., Lee, J., & Kim, N. K. (2015). Gender differences in health literacy among Korean adults: do women have a higher level of health literacy than men?. *American journal of men's health*, 9(5), 370-379. <https://doi.org/10.1177/1557988314545485>

- Lenhart, A., Purcell, K., Smith, A., & Zickuhr, K. (2010). Social Media & Mobile Internet Use among Teens and Young Adults. Millennials. *Pew internet & American life project*.
- Livingstone, S. (2008). Taking risky opportunities in youthful content creation: teenagers' use of social networking sites for intimacy, privacy and self-expression. *New media & society*, 10(3), 393-411. <https://doi.org/10.1177/1461444808089415>
- Lomborg, S., & Frandsen, K. (2016). Self-tracking as communication. *Information, Communication & Society*, 19(7), 1015-1027. <https://doi.org/10.1080/1369118X.2015.1067710>
- Lowe, B., Fraser, I., & Souza-Monteiro, D. M. (2015). A change for the better? Digital health technologies and changing food consumption behaviors. *Psychology & Marketing*, 32(5), 585-600. <https://doi.org/10.1002/mar.20802>
- Lupton, D. (2018). 'Better understanding about what's going on': young Australians' use of digital technologies for health and fitness. *Sport, Education and Society*, 1-13. <https://doi.org/10.1080/13573322.2018.1555661>
- Lupton, D., & Maslen, S. (2019). How women use digital technologies for health: qualitative interview and focus group study. *Journal of medical Internet research*, 21(1), e11481. [10.2196/11481](https://doi.org/10.2196/11481)
- Marshall, J. M., Dunstan, D. A., & Bartik, W. (2020). The role of digital mental health resources to treat trauma symptoms in Australia during COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000627>
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM SPSS*. Psiquilíbrios.
- Mathieson, A., & Koller, T. (Eds.). (2008). *Social Cohesion for Mental Well-being Among Adolescents: WHO/HBSC Forum 2007*. World Health Organization, Europe.

- McKinley, C. J., & Wright, P. J. (2014). Informational social support and online health information seeking: Examining the association between factors contributing to healthy eating behavior. *Computers in Human Behavior*, 37, 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.04.023>
- Montagni, I., Cariou, T., Feuillet, T., Langlois, E., & Tzourio, C. (2018). Exploring digital health use and opinions of university students: field survey study. *JMIR mHealth and uHealth*, 6(3), e65. [10.2196/mhealth.9131](https://doi.org/10.2196/mhealth.9131)
- Montagni, I., Tzourio, C., Cousin, T., Sagara, J. A., Bada-Alonzi, J., & Horgan, A. (2020). Mental health-related digital use by university students: a systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 26(2), 131-146. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0316>
- Morris, M. E., & Aguilera, A. (2012). Mobile, social, and wearable computing and the evolution of psychological practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(6), 622–626. <https://doi.org/10.1037/a0029041>
- Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Marsch, L. A., & Bartels, S. J. (2016). The future of mental health care: peer-to-peer support and social media. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 25(2), 113-122. <https://doi.org/10.1017/S2045796015001067>
- Naslund, J. A., Gonsalves, P. P., Gruebner, O., Pendse, S. R., Smith, S. L., Sharma, A., & Raviola, G. (2019). Digital innovations for global mental health: opportunities for data science, task sharing, and early intervention. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6(4), 337-351. <https://doi.org/10.1007/s40501-019-00186-8>
- Ng, P., & Chan, K. F. (2000). Sex differences in opinion towards mental illness of secondary school students in Hong Kong. *International Journal of Social Psychiatry*, 46(2), 79-88. <https://doi.org/10.1177/002076400004600201>
- Nogueira, M. J., Barros, L., & Sequeira, C. (2017). A Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Relação com o género, nível socioeconómico e os comportamentos de

- saúde. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE5), 51-56.  
<http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0167>
- Oh, H. J., Lauckner, C., Boehmer, J., Fewins-Bliss, R., & Li, K. (2013). Facebooking for health: An examination into the solicitation and effects of health-related social support on social networking sites. *Computers in human behavior*, 29(5), 2072-2080.  
<https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.04.017>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2017). Sobre as Consultas de Psicologia através de Videochamada. Lisboa
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2014). *Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care*. OECD Publishing.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental health and the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*. [10.1056/NEJMp2008017](https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017)
- Pinfold, Vanessa, Hilary Toulmin, Graham Thornicroft, Peter Huxley, Paul Farmer, and Tanya Graham. "Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools." *The British Journal of Psychiatry* 182, no. 4 (2003): 342-346. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.4.342>
- Pontes, H., & Patrão, I. (2014). Estudo exploratório sobre as motivações percebidas no uso excessivo da internet em adolescentes e jovens adultos. *Psychology, Community & Health*, Vol. 3(2), 90–102. <http://dx.doi.org/10.23668/psycharchives.2267>
- Power, A. K. (2010). Transforming the Nation's Health: next steps in mental health promotion. *American journal of public health*, 100(12), 2343-2346.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.192138>

- Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. R., Whitton, A. E., Parker, G., Manicavasagar, V., ... & Hadzi-Pavlovic, D. (2013). Impact of a mobile phone and web program on symptom and functional outcomes for people with mild-to-moderate depression, anxiety and stress: a randomised controlled trial. *BMC psychiatry*, 13(1), 312. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-312>
- Punukollu, M., & Marques, M. (2019). Use of mobile apps and technologies in child and adolescent mental health: a systematic review. *Evidence-based mental health*, 22(4), 161-166. <http://dx.doi.org/10.1136/ebmental-2019-300093>
- Radovic, A., McCarty, C. A., Katzman, K., & Richardson, L. P. (2018). Adolescents' perspectives on using technology for health: Qualitative study. *JMIR pediatrics and parenting*, 1(1), e2. [10.2196/pediatrics.8677](https://doi.org/10.2196/pediatrics.8677)
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry*, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Reavley, N. J., McCann, T. V., & Jorm, A. F. (2012). Actions taken to deal with mental health problems in Australian higher education students. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(2), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2011.00294.x>
- Reid, S. C., Kauer, S. D., Hearps, S. J., Crooke, A. H., Khor, A. S., Sancu, L. A., & Patton, G. C. (2011). A mobile phone application for the assessment and management of youth mental health problems in primary care: a randomised controlled trial. *BMC family practice*, 12(1), 131. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-131>
- Russ, T. C., Woelbert, E., Davis, K. A., Hafferty, J. D., Ibrahim, Z., Inkster, B., ... & Stewart, R. (2019). How data science can advance mental health research. *Nature human behaviour*, 3(1), 24-32. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0470-9>
- Shelton, J. (2018). *Top 25 Best Mental Health Apps: An Effective Alternative for When You Can't Afford Therapy?* Consultado em Psycom: <https://www.psychom.net/25-best-mental-health-apps>

- Simões, J. A., Ponte, C., Ferreira, E., Doretto, J., Azevedo, C. (2014). *Net Children Go Mobile: Crianças e Meios Digitais Móveis em Portugal: Resultados Nacionais do Projeto*. Disponível via Net Children Go Mobile em: <https://netchildrengomobile.wordpress.com/>.
- Skre, I., Friberg, O., Breivik, C., Johnsen, L., Arnesen, Y., & Wang, C. (2013). A school intervention for mental health literacy in adolescents: effects of a non-randomized cluster controlled trial. *BMC Public Health*, 13(1), 1-15. doi:10.1186/1471-2458-13-873
- Sun, Y., Zhang, Y., Gwizdka, J., & Trace, C. B. (2019). Consumer evaluation of the quality of online health information: Systematic literature review of relevant criteria and indicators. *Journal of medical Internet research*, 21(5), e12522. [10.2196/12522](https://doi.org/10.2196/12522)
- Thomas, J. G., & Bond, D. S. (2014). Review of innovations in digital health technology to promote weight control. *Current diabetes reports*, 14(5), 485. <https://doi.org/10.1007/s11892-014-0485-1>
- Torous, J., Myrick, K. J., Rauseo-Ricupero, N., & Firth, J. (2020). Digital mental health and COVID-19: Using technology today to accelerate the curve on access and quality tomorrow. *JMIR mental health*, 7(3), e18848. [10.2196/18848](https://doi.org/10.2196/18848)
- Torres-Díaz, J. C., Duarte, J. M., Gomez-Alvarado, H. F., Marín-Gutiérrez, I., & Segarra-Faggioni, V. (2016). Internet use and academic success in university students. *Comunicar. Media Education Research Journal*, 24(2).
- Vaterlaus, J. M., Patten, E. V., Roche, C., & Young, J. A. (2015). # Gettinghealthy: The perceived influence of social media on young adult health behaviors. *Computers in Human Behavior*, 45, 151-157. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.013>
- Wong, D. F. K., Lam, A. Y. K., Poon, A., & Chow, A. Y. M. (2012). Gender differences in mental health literacy among Chinese-speaking Australians in Melbourne,

Australia. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(2), 178-185.  
<https://doi.org/10.1177%2F0020764010390431>

World Health Organization (2005). Child and adolescent mental health policies and plans. Mental health policy and service guidance package. Retrieved from: World Health Organization

## **ANEXOS**



## Anexo 1

### *Motivos recodificados de utilização das TSD aplicadas à saúde mental*

Categorias	
Estratégias de autoajuda	Melhorar o meu bem-estar psicológico (ex. gerir as minhas emoções, sono, melhorar autoestima)
	Adotar comportamentos protetores para a saúde mental (ex. relações sociais, nutrição, atividade física).
	Monitorizar (medir regularmente) comportamentos relacionados com emoções, autoestima.
	Monitorizar (medir regularmente) comportamentos protetores para a saúde mental (ex. nutrição, sono, atividade física).
Conhecimentos sobre problemas de saúde mental	Partilhar informação sobre saúde/bem-estar psicológico ou problemas de saúde mental.
Competências de primeira ajuda e comportamentos de procura de ajuda	Procurar apoio social para um problema de saúde mental que me foi diagnosticado.
	Procurar apoio social para um problema de saúde mental para familiares ou amigos.
	Procurar ajuda profissional (ex. psicólogos, psiquiatras, ou outros profissionais de saúde).
	Procurar informação que me permita identificar problemas de saúde mental.
	Procurar informações gerais sobre problemas de saúde mental.
	Procurar informações relativas a um problema que me foi diagnosticado.
	Procurar informações relativas a um problema que foi diagnosticado a familiares ou amigos.

## **Anexo 1**

### *Motivos recodificados de utilização das TSD aplicadas à saúde mental*

Categorias	
	Procurar informações sobre intervenções/tratamentos médicos para problemas de saúde mental.
	Procurar informações sobre intervenções/tratamentos psicológicos.
	Procurar informações sobre medicamentos para problemas de saúde mental.
	Outro(s)

## Anexo 2

### *Tempo total e o impacto negativo percebido da utilização de MCE*

Variáveis	(n) Média (DP)
Impacto Negativo dos MCE	(71) .83 (DP=.45)
Tempo de utilização à semana dos MCE	(70) 3:44 (DP=2:59)
Tempo de utilização ao fim de semana dos MCE	(56) 3:03 (DP=1:49)